# Impétigo

## 1) *Définition*

Infection cutanée superficielle, non folliculaire non immunisante due à Staph dorée (70%) et ou SBHA Streptocoque β hémolytique du groupe A

- Epidémiologie :
  C'est la plus fréquente des infections cutanées de l'enfant +++
  Très contagieuse +++ Epidémies familiales et dans les collectivités

- Mode de transmission :
  - Contact direct avec la lésion cutanée
  - Auto inoculation

- Facteurs favorisants :
  - Hygiène défectueuse
  - Promiscuité

## 2) *Aspects cliniques*

**A- TDD : *impétigo vesiculo-crouteux de l'enfant***

1) La lésion :
   1. Vesiculo-bulle flasque et fragile
   2. Superficielle S/C sur une peau inflammatoire
   3. Contenu rapidement trouble → pustule
   4. Ephémère laissant place à une érosion + croutes jaunâtres (meliceriques adhérentes)
   5. Extension centrifuge
   6. +/- aréole inflammatoire périphérique

2) Groupement lésionnel : Plusieurs éléments d'âge différent

3) Topographie :
   - Periorificiel (visage ; les pourtours de la bouche et du nez) +++
   - Puis diffusion (auto inoculation)
   - Cuir chevelu et mains
   - Zones accessibles au grattage

4) SF :
   - prurit modéré
   - ADP parfois
   - Pas de SG (pas de fièvre ++)
   - EG : conservé

**B- Formes cliniques :**

| | |
|---|---|
| **1- Impétigo bulleux :** | 1) Terrain : Nouveau né ++, NRS +++<br>2) Germe : Staph doré +++<br>3) Transmission :<br>• infection manuportée<br>• Personnel soignant +++<br>• Petite épidémie sporadiques (crèches, maternité)<br>4) Aspect :<br>1. bulle flasque<br>2. grande taille 1 à 3 cm de diamètre<br>3. Parfois érythème périphérique<br>4. Apres rupture → vastes érosions<br><br>5) Siege : péri génital, péri anal<br>6) Evolution :<br>Possible évolution vers le l'epidermolyse staphylococcique SSSS (toxine exfoliative) |
| **2- Ecthyma :**<br>**Forme creusante** | 1) Terrain : Adulte diabète, dénutrition, Immunodépression, alcoolique<br>2) Germe : *Strepto pyogène* et/ou *staph aureus*<br>3) Siege : membres inferieurs<br>4) Aspect :<br>• Ulcération nécrotique, croute noirâtre<br>• Halo inflammatoire péri lésionnel<br>5) Evolution : cicatrice |
| **3-Impétiginisation :** | 1) Adulte +++<br>- Dermatose prurigineuse préexistante<br>- Surinfection par le Staphylocoque +++<br>2) Topographie : Diffuse +++ Nb : Pas de topo periorificielle<br>3) dermatose en cause :<br>1. gale,<br>2. pédiculose,<br>3. eczéma de contact |

## *3) Diagnostic positif*

*1.* Terrain :
   1. Enfant < 10 ans (âge scolaire)
   2. Condition d'hygiènes défavorables
2. Clinique :
   1. vésiculo-bulle
   2. sur peau inflammatoire
   3. se rompant rapidement → croute mellicerique
   4. siège : péri orificiel
3. Para clinique :
   1. Non justifiée
   2. Sauf : doute diagnostic, suspicion d'un SAMR

## 4) ***Evolution complication :***

A- Evolution : Sous traitement :

- Forme habituelle de l'enfant → guérison sans cicatrice (qqs jours)
- Ecthyma = cicatrice dyschromique
- Mais récidives possibles +++

B- Complication :

1- Locales :
   - abcès
   - pyodermite
   - lymphangite
   - ostéomyélite
   - arthrite septique
2- Générales :
   - septicémie
   - pneumonie
   - GNA (strepto, protéinurie /21j)

3- Sd d'épidermolyse staphylococcique (SSSS) : = staphylococcal scalded skin syndrome

- Terrain : NNé, enfant immunodéprimé < 5 ans
- Aspect :
  1. Décollement bulleux superficiel diffus
  2. Touche l'ensemble du tégument
  3. NRS ébouillanté
- SG : AEG, Fièvre, déshydration
- Evolution : réponse très vite aux ATB

## 5) ***Diagnostic différentiel :***

| | |
|---|---|
| 1-Herpes : | 1. Vesiculo-pustuleux<br>2. Groupés en bouquet<br>3. Base érythémateuse<br>4. brulure +++ |
| *2-* Eczéma atopique : | 1. Siège : visage + plis de flexion<br>2. Sécheresse cutanée<br>3. Prurit |
| 3- Dermatose à IgA lineaire : | 1. Maladie bulleuse de l'enfant<br>2. Début environ 5 ans<br>3. Bulles : tendues, grande taille, contenu clair<br>4. Siege : cuisses, fesses ; périnée<br>5. IFD : dépôt IgA linéaire sur la membrane basale |

## 6) ***Traitement***

- en cas de lésions propres et extensibles : Augmentin, Oxacilline, C3G pendant 10j
- Trt local 2x/j pendant 10j :
  - hygiène, incision de la bulle,
  - vaseline au stade de croute,
  - antiseptiques, ATB

# Furoncles

## 1) Définition et Généralités

- une infection profonde du follicule pilo-sébacé par staphylocoque doré,
- secondairement suppurée avec nécrose et élimination du follicule pileux (bourbillon)
- Elle est favorisée par le portage manuel à partir des gîtes staphylococciques
- plus fréquents en cas dans les terrains de :
  1. Diabète
  2. d'immunosuppression
  3. d'atopie
  4. de carence martiale
- les facteurs favorisants
  - Le manque d'hygiène
  - l'obésité
  - l'occlusion et la friction mécanique

## 2) Clinique : le Dgc + est avant tout clinique.++++

**1. FURONCLE**

1. L'inflammation centrée sur un follicule pilo-sébacé
2. donne initialement une induration chaude et douloureuse
3. évolution vers la suppuration et la nécrose.
4. le bourbillon jaune s'élimine, laissant un cratère rouge
5. prédominance au dos, épaules, cuisses ou fesses (rôle du frottement).

➢ Il est impératif d'éviter la manipulation en raison du risque de dissémination

**2. ANTHRAX**

1. C'est un agglomérat de furoncles
2. réalisant un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules
3. Il peut s'accompagner de fièvre et d'ADP régionales.
4. Son siège électif est le cou ou le haut du dos.

**3. FURONCULOSE**

1. C'est la répétition d'épisodes de furoncles
2. avec passage à la chronicité sur des périodes de plusieurs mois

➢ Elle doit faire rechercher

- un facteur favorisant
- un des foyers staphylococciques
  1. narinaire +++
  2. rétro auriculaire
  3. inter fessier
  4. sur les cicatrices d'anciens furoncles

## 3) le diagnostic positif est avant tout clinique.++++

La mise en évidence de staphylocoque doré est moins importante dans le furoncle que dans les gîtes pour convaincre le patient de l'importance de traiter ces gîtes en cas de furonculose.

## 4) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

| | |
|---|---|
| ***Folliculites superficielles:*** | – papulo-pustules centrées par un poil (sycosis : atteinte de la barbe)<br>– le germe en cause le plus souvent staphylocoque doré |
| **Folliculites à BGN** | – En général dues au pseudomonas suite à des bains dans des piscines contaminées |
| **Hidrosadénite:** | – infection des glandes sudorales axillaires ou génito-pubiennes |
| ***Acné*** | – Polymorphisme lésionnel<br>– comédons<br>– kystes<br>– papulo-pustules |
| ***Pustuloses amicrobiennes*** | – pustules planes non folliculaires à contenu blanc laiteux,<br>– stériles à l'examen bactériologique<br>– exp : psoriasis pustuleux |

## 5) Evolution

1. Le passage à la chronicité : *furonculose chronique* est la complication la plus fréquente.
2. Les septicémies et autres complications viscérales à staphylocoque doré : très rares
3. *La staphylococcie maligne* de la face
   – Avec thrombophlébite du sinus caverneux est exceptionnelle.
   – redoutée en présence d'un furoncle centro-facial manipulé devenant hyperalgique
   – un syndrome infectieux marqué
   – un oedème centro-facial important

## 6) Traitement

- Furoncle isolé
  - protection par un pansement
  - antiseptiques et/ ou antibiotiques locaux ;
  - pas d'incision.
- Localisation a risque (centrofaciale) Anthrax ou Furoncles multiples
  - ATB générale pdt 8 à 10 jours (macrolide, pénicilline M, synergistine)
  - en association à des antiseptiques locaux.
- FURONCULOSE
  1. hygiène rigoureuse
  2. ATB per os
  3. traitement local prolongé des gîtes par antiseptiques ou ATB
  4. arrêt de travail en cas de profession comportant un risque de contamination alimentaire
  5. prélèvement et traitement des gîtes pour toute la famille.